

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 153

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER PRIMITIF DE L'URÈTRE
CHEZ LA FEMME ET DE SON TRAITEMENT

par la résection partielle de l'urètre avec ablation des ganglions inguinaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Juillet 1922

PAR

Frédéric-Grégoire - Philippe-Marie-Delry RALU

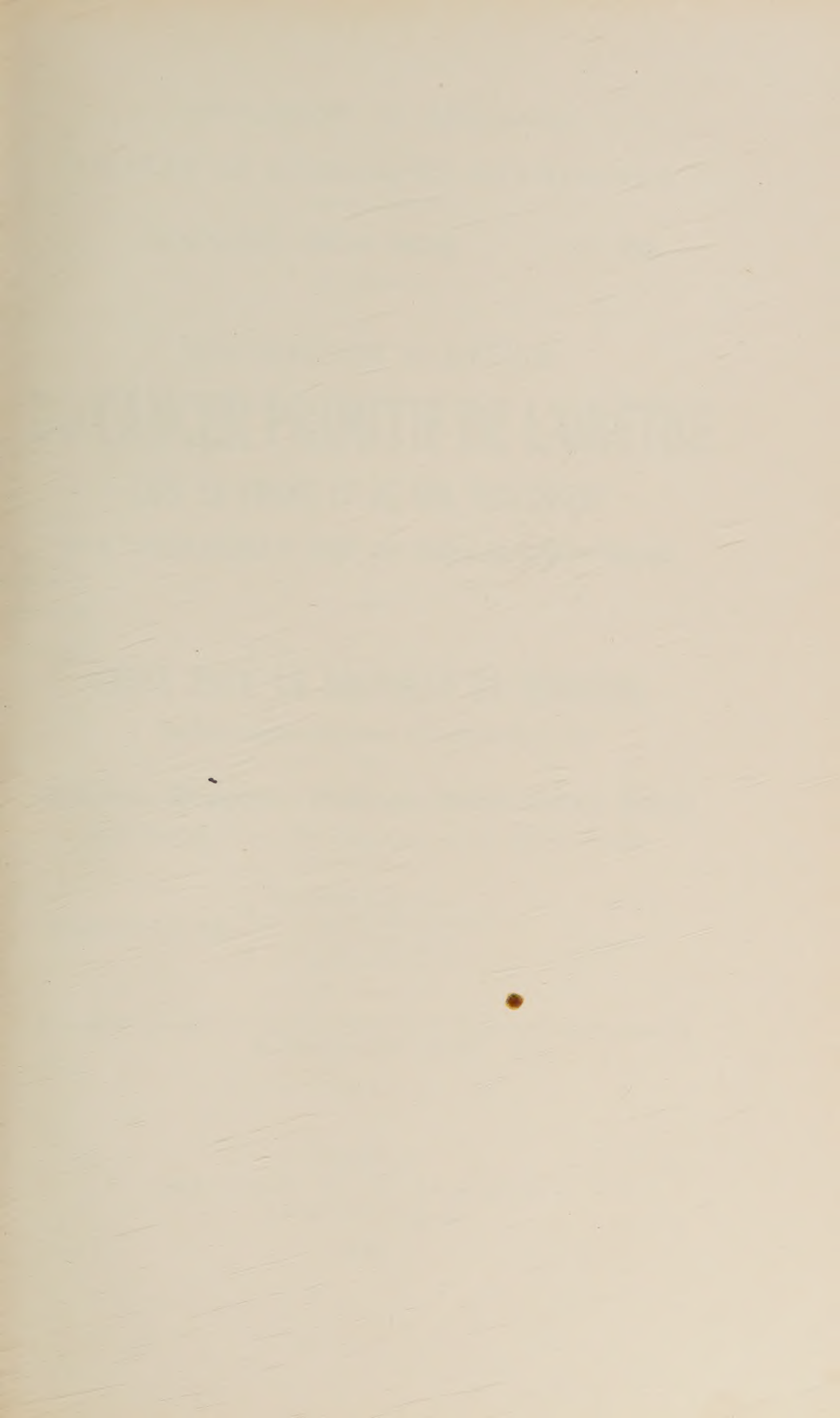
Né à Basse-Terre (Guadeloupe), le 16 Février 1892

Examineurs de la Thèse	{	MM. DENUCÉ, professeur	Président.
		LAGRANGE, professeur	Juges.
		CABANNES, agrégé	
		DUVERGEY, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922





Digitized by the Internet Archive
in 2026

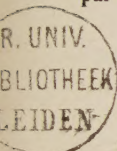
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 153

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER PRIMITIF DE L'URÈTRE
CHEZ LA FEMME ET DE SON TRAITEMENT

par la résection partielle de l'urètre avec ablation des ganglions inguinaux



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Juillet 1922

PAR

Frédéric - Grégoire - Philippe - Marie - Delry RALU

Né à Basse-Terre (Guadeloupe), le 16 Février 1892

Examineurs de la Thèse	{	MM. DENUCÉ, professeur	Président.
		LAGRANGE, professeur	Juges.
		CABANNES, agrégé	
		DUVERGEY, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale...	FERRE.
Clinique externe.....	CASSAËT.	Clinique ophtalmologique.	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeu-	CHAVANNAZ.	Clinique chirurgicale infan-	DENUCE.
que générales.....	VILLAR.	tile et orthopédie.....	BEGOUIN.
Clinique d'accouchements	CRUCHET.	Clinique gynécologique....	MOUSSOUS.
Anatomie Pathologique et	RIVIERE.	Clinique médicale des ma-	DENIGÈS.
microscopie clinique....	SABRAZÈS.	ladies des enfants.....	SIGALAS.
Anatomie.....	PICQUE.	Chimie biologique et mé-	LE DANTEC.
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	dicale.....	W. DUBREUILH.
tologie.....	PACHON.	Physique pharmaceutique.	POUSSON.
Physiologie.....	AUCHE.	Médecine coloniale et clinique des ma-	ABADIE.
Hygiène.....	VERGER.	ladies exotiques.....	MOURE.
Médecine légale et déon-	BERGONIE.	Clinique des maladies euta-	BARTHE.
tologie.....	CHELLE.	nées et syphilitiques.....	
Physique biologique et clinique d'élec-	BEILLE.	Clinique des maladies des	
tricité médicale.....	DUPOUY.	voies urinaires.....	
Chimie.....	MANDOUL.	Clinique des maladies ner-	
Botanique et matière médicale.....		veuses et mentales.....	
Pharmacie.....		Clinique d'Oto-rhino-laryn-	
Zoologie et parasitologie..		gologie.....	
		Toxicologie et hygiène	
		appliquée.....	

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie et embryologie{	N....	Médecine générale.....	LEURET.
Histologie.....	N....		DUPERIE.
Physiologie.....	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Anatomie pathologique...	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	MICHELEAU.
Parasitologie et Sciences	MURATET.	Médecine légale.....	PERRENS.
naturelles.....	R. SIGALAS (chargé)		LANDE.
Physique biologique et mé-	N....	Chirurgie générale.....	ROCHER.
dicale.....	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et médi-	N....	Obstétrique.....	PAPIN.
cale.....	PETGES.		PERY.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	Ophthalmologie.....	FAUGERE.
	MAURIAC.	Pharmacie.....	TEULIERES.
			N....

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés	
du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profession ⁿ ...	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Modeste gage de reconnaissance
et de profonde affection.*

A MA TANTE MADEMOISELLE ELMIRE CONNER

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

DOCTEUR JEAN MAZET

MÉDECIN-MAJOR DES TROUPES COLONIALES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

TUÉ A L'ENNEMI

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE CREYX

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGEY

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CHIRURGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DENUCÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

L'observation qui sert de base à notre thèse est celle d'une femme âgée de 46 ans, admise le 3 Mai 1922 à l'hôpital Saint-André pour une tumeur de l'urètre.

M. le Professeur DUVERGEY, dans le service duquel est entrée la malade, après avoir posé le diagnostic d'épithélioma primitif du méat urinaire, pratiqua la résection partielle de l'urètre et l'ablation des ganglions inguinaux.

Avant de donner le plan des quelques lignes qui vont suivre, nous tenons à remercier bien sincèrement notre Maître d'avoir voulu nous laisser prendre de sa malade et de son intervention les quelques notes qui nous ont permis de constituer ce modeste travail. Nous remercions aussi notre camarade le Docteur DAX, interne de Hôpitaux de Bordeaux, qui par ses conseils éclairés, a facilité notre tâche.

Après avoir dans les premières pages de notre thèse résumé l'historique du cancer primitif de l'urètre chez la femme, dans l'étiologie, nous insisterons sur son origine polipoïde. Nous décrirons ensuite l'anatomie pathologique; puis de la symphamatologie ayant tracé un tableau le plus net possible, nous parlerons du diagnostic quelquefois délicat et du pronostic.

Enfin, dans un dernier chapitre spécialement consacré aux traitements, nous ferons ressortir la valeur de la résection partielle de l'urètre avec ablation des ganglions inguinaux toutes les fois que l'infiltration cancéreuse n'aura pas gagné l'urètre postérieure ou la zone juxta-méatique. Nous insisterons sur ce fait que nous avons eu recours à la rachianesthésie qui nous a permis de pratiquer les deux temps de l'opération dans la même séance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER PRIMITIF DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME
ET DE SON TRAITEMENT

par la résection partielle de l'urètre avec ablation des ganglions inguinaux

HISTORIQUE

Pendant longtemps l'épithélioma primitif de l'urètre chez la femme fut considéré comme une affection très rare, si ce n'est même exceptionnelle. Depuis quelques années cependant, le nombre des observations publiées tant en France qu'à l'étranger semble devenir relativement considérable.

En 1887, SKENE admettait seulement l'existence du cancer de l'urètre chez la femme, mais le considérait comme une « rareté clinique ». Depuis LAHAYE réunissait 11 observations et SOULLIER et DIETZER consacraient leur thèse à l'étude de ce néoplasme. WASSERMANN, en 1895, rapporte 24 observations dans la même année et fait sur la question un travail considérable ; mais il englobe sous le même nom l'épithélioma urétral et l'épithélioma péri-urétral.

Viennent ensuite les thèses d'OTO-BOSSE, de ZUTLER, l'important travail d'EHRENDORFER qui distingua le premier les épithéliomas de l'urètre proprement dit (6 cas) et les épithéliomas uréthro-vulvaires (21 cas). Enfin, après les observations de SERPH, en 1901, nous devons citer le travail documenté et très intéressant de PERCY qui dans une critique peut-être trop sévère des observations publiées

jusqu'à ce jour, n'en reconnaît que 12 comme ayant trait vraiment à des épithéliomas primitifs de l'urètre.

Depuis, nombre d'auteurs, tant au point de vue étiologie qu'au point de vue traitement ont participé à l'étude de ce cancer. Parmi les derniers travaux, nous devons citer l'article de TANTON (*Gazette des Hôpitaux*, 1910), les thèses de JACQUARD et de PALAIS (Lyon, 1911-1912) et enfin le remarquable travail de VENOT et PARCELIER (*Revue de Chirurgie*, 1921).

Mais à qui revient l'honneur d'avoir le premier reconnu et opéré le cancer de l'urètre chez la femme. Quoique beaucoup d'auteurs, l'accordent à RIBERI, de Turin (1884), nous sommes assez surpris de voir le sévère PERCY non seulement nier le fait, mais considérer comme authentique une observation de M^{me} BOIVIN, publiée en 1833 (*Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. M^{me} BOIVIN et A. DUGES, Paris 1833). Toutefois, cet auteur « est croyons-nous, le seul à avoir mis en relief ce fait, que ce fut un chirurgien français JOBERT DE LAMBALLE, qui un des premiers en 1852 observa, opéra et guérit un cancer de l'urètre chez la femme ».

Définition et Étiologie.

« Toute néoplasie carcinomateuse ayant son origine dans les proliférations atypiques de l'épithélium de revêtement du canal ou de ses glandes », voilà la définition exacte du cancer primitif de l'urètre.

Tout autre cancer dont le point de départ serait le vestibule ou le vagin doit être considéré comme secondaire.

Nombreux sont les chirurgiens et histologistes qui jusqu'à ces jours derniers ont essayé de donner une solution au problème difficile de l'étiologie de ce néoplasme. VENOT ET PARCELIER écrivent : « Si la cause première du cancer de l'urètre chez la femme nous échappe complètement, il est intéressant de passer en revue quelques unes des causes secondes, qui peuvent avoir une influence sur le développement de ce néoplasme. »

Après une opinion si arrêtée de nos Maîtres dans la science et l'expérience desquels nous avons une absolue confiance, nous nous bornerons, après un résumé rapide des différentes causes incriminées jusqu'ici, à attirer l'attention sur la dégénérescence épithéliomateuse des polypes de l'urètre.

L'âge qui d'abord fut accusé comme la principale cause de l'épithélioma primitif de l'urètre, semble, à première vue, avoir une grande valeur. Comme toutes les tumeurs malignes, le cancer primitif de l'urètre ne se rencontre en général que chez des malades âgées. Cependant, nous relevons des observations se rapportant à de jeunes sujets, témoin, celle de LEGUEU qui avait vingt-six ans, celle de RIDDLE JOFFE, vingt-huit ans, celle de THOMAS, vingt-neuf ans.

La grossesse incriminée ensuite, nous paraît être un facteur de peu d'importance. En effet, des nullipares furent

atteintes de ce triste mal et « toute affection quelle qu'elle soit qui se rencontrera chez la femme après quarante ans coïncidera le plus souvent avec un ou plusieurs accouchements ».

Plus important semble être le rôle de la leucoplasie sur lequel SERPH s'est longuement étendu, cependant B. Whitehouse avec raison fait remarquer que le vestibule et l'orifice urétral ne sont presque jamais envahis par la leucoplasie.

Quand aux blennoragies et aux retrécissements qui les accompagnent nous ne pensons pas avec CONFORTI qu'elles aient une réelle valeur.

Bien différente est notre opinion quand il s'agit du rôle joué par les polypes de l'urètre. Dans notre observation, la réponse du microscope est précise : « Ce sont là des végétations du même ordre que le papillome, mais pénétrantes, évoluant vers un état d'adéno-épithélium ».

Avant notre thèse, beaucoup d'observations furent publiées d'ailleurs, ratifiant cette hypothèse, et parmi les travaux qui doivent être retenus, nous citerons l'importante thèse de M. le Professeur DUVERGEY (Bordeaux 1902). (Observations de ZEITLER, BURCKARDT, PERCY, RIBERI, ALBARRAN, VINCKEL).

Une étendue plus ou moins importante de la muqueuse urétrale chez la femme est occupée par des caroncules qui ne sont autre chose que des « tumeurs érectiles, polypiformes », faisant souvent saillie hors du méat. Ces caroncules urétrales et d'une façon générale, les polypes urétraux peuvent faire le lit d'une dégénérescence carcinomateuse. Quoique KARAKI ait prétendu que ce ne soit là qu'une cause prédisposante, vu la rareté du carcinome par rapport au nombre considérable des polypes urétraux chez la femme, nous nous permettons de croire avec WHITEHOUSE, DUVERGEY, etc., que c'est dans la dégénérescence des polypes de l'urètre sous l'action d'une cause

irritante quelconque qu'il faudra chercher le plus souvent l'origine du cancer primitif de l'urètre chez la femme.

Non seulement, ces végétations peuvent être irritées par un traitement quelconque insuffisant (arrachements, cautérisations, etc...), soins hygiéniques trop souvent répétés avec des médicaments corrosifs (permanganate de potasse, sels de mercure, etc...), mais nous ne devons pas oublier que le siège de ces dernières les soumet à une irritation chronique chez les femmes négligées ou atteintes de pertes.

M. le Professeur DUVERGEY dit « Que l'épithélium ou les dérivés de l'épithélium de l'urètre chez la femme sous l'influence d'irritation continuelle, comme en est le siège le méat, se mettent à évoluer; on comprend fort bien la transformation d'un polype vasculaire, d'un papillome, d'un adénome en épithélioma, d'une tumeur fibreuse en sarcome. On le voit, la transformation de tumeur bénigne en tumeur maligne se fait aux dépens du polype lui-même et peut se faire encore aux dépens de la partie de la muqueuse urétrale qui lui a donné naissance.

Les faits que nous signalons n'ont pas été mis en lumière par les auteurs; ils sont de même ordre que ceux que l'on a étudiés au niveau d'autres régions: glandes parotides, maxillaires, mammaires, utérus, estomacs, etc... Ils ont aussi une portée thérapeutique importante, et doivent guider le chirurgien. »

OBSERVATION I

LWOW (In VENOT et PARCELIER).

Olympia S..., quarante-six ans, trois accouchements normaux. — Il y a dix ans sont apparues de légères douleurs pendant la miction qui est devenue véritablement douloureuse et difficile depuis deux ans. Les médecins ont diagnostiqué une tumeur bénigne du méat qu'ils ont enlevée

et qui a récidivé déjà deux fois sous forme de végétations polypeuses. A l'examen la malade très amaigrie, très anémiée, présente au niveau du méat urinaire un paquet de végétations rosâtres, molles, de 1 cm. de longueur dont quelques-unes saignent au moindre attouchement. Elles prennent naissance dans la muqueuse urétrale, obstruant complètement le méat qui est dilaté en forme de cratère et dont les bords sont indurés. En introduisant une sonde, on constate que les végétations occupent les deux tiers de l'urètre, gênant le cathétérisme qui provoque de vives douleurs et une urétrorragie assez abondante. Urines normales, organes génitaux internes sains. On ne trouve de gonocoques ni dans l'urine ni dans l'écoulement vaginal. Le néoplasme est enlevé aux ciseaux jusqu'au col de la vessie qui est normal. Suites sans incidents. Revue six mois après en très bon état, miction facile. Rien aux ganglions inguinaux.

Examen histologique : cancer à cellules épithéliales plates.

OBSERVATION II

P. MANTON (In VENOT et PARCELIER).

Mrs M. C., cinquante-six ans, trois enfants, accuse une douleur à la miction et un écoulement dont elle ne peut dire s'il vient de l'urètre ou du vagin. Parfois, en marchant douleur vive au niveau des organes génitaux externes, parfois l'urètre est si douloureux qu'elle ne peut rester assise sans souffrir. Il y a quatre ans on lui a enlevé une tumeur de l'urètre et d'autres opérations ont été pratiquées sur la nature desquelles elle ignore tout. Elle déclare qu'une seconde opération sur l'urètre fut faite en juin 1907.

A l'examen (30 novembre 1907) au niveau du méat assez dilaté apparaît le pôle inférieur d'un polype du volume d'un pois. La tumeur prend naissance à la paroi inférieure de l'urètre, juste en arrière du méat. Couleur rouge foncé avec, irradiant de sa base, une vascularisation marquée de la muqueuse environnante. La tumeur ne saigne pas facilement au contact

mais le passage de la sonde ramène un peu de sang. Toute la région est douloureuse. L'urètre ne paraît épaissi que sur une petite distance autour de la base du polype. Pas de ganglions inguinaux. Le 12 décembre 1907 résection du tiers inférieur de l'urètre et suture de l'urètre à la muqueuse du vestibule. Guérison simple. Continence.

Examen histologique : adénome en voie de transformation maligne. Le 5 mars 1908 une granulation du volume d'un pois apparaît à droite du méat, une autre du volume d'une tête d'épingle à gauche du méat, elles prennent l'apparence d'un polype. Le 30 juin et le 15 septembre deux biopsies sont pratiquées. A cette dernière date, l'état local est bon. L'examen de ces deux biopsies montre que la malignité de la tumeur va en diminuant graduellement. « Il est intéressant de noter que la transformation carcinomateuse apparut d'abord dans une cellule sécrétante de l'ordre le moins élevé, de là passa à une cellule sans pouvoir sécrétoire, mais de nature défensive, et ensuite disparut graduellement. »

OBSERVATION III

PUPPEL (In VENOT et PARCELIER).

Femme de quarante-cinq ans, primipare. En 1902, polype gros comme une fraise, pédicule de 2 cm. sortant à la vulve. En 1905, il est gros comme une pomme. Il se ramollit tous les mois, la malade arrache des lambeaux de chair de sa surface. En 1907, tumeur grosse comme un œuf, en chou-fleur, brune, un peu sphacélique, molle. Excision de la tumeur avec 28 mm. d'urètre. Guérison.

Continence. L'examen histologique, très détaillé, conclut à adénocarcinome papillaire gélatineux.

Anatomie pathologique.

L'épithélioma primitif de l'urètre chez la femme revêt deux types : le type ulcéreux et le type infiltrant.

Le type ulcéreux n'étant pas celui qui a nécessité notre intervention, nous ne nous y arrêtons que pour mentionner sa rareté (VENOT et PARCELLIER n'en ont relevé que trois observations ; VINCKEL, NAMBRA et WHITEHOUSE) et pour citer la description qu'en donne ce dernier :

« Au cystoscope la muqueuse vésicale est œdémateuse. Sur le plancher de l'urètre, on voit une ulcération irrégulière, allongée, de un demi-pouce de largeur environ, saignant faiblement et entourée d'une induration considérable. L'ulcération occupe le segment antérieur de l'urètre sans envahir le méat. La paroi vaginale antérieure est un peu indurée, mais la muqueuse est intacte... »

Dans une observation de DAVID, nous lisons : « Au milieu de ce vaste ulcère, dur, épais et à mi-chemin de la paroi vaginale antérieure existe une fissure que la sonde doit chercher pour pénétrer dans la vessie. »

Le type infiltrant qui est caractérisé par le cancer dont est atteinte notre malade a fait l'objet de rapports beaucoup plus nombreux. En 1903, PERCY mentionne douze cas. Plus tard, en 1908, KARAKI en connaît 19 et en 1911, B. WHITEHOUSE n'en signale que 11... Dans ce type, la tumeur atteint le volume d'une noix ou d'une noisette et est visible extérieurement au niveau du méat où elle fait saillie. Ordinairement, elle a l'aspect cancéroïdal : surface rouge, charnue, rarement saignante, irrégulière et végétante. La base en est indurée. Ce néoplasme occupe le plus souvent la moitié ou les deux tiers inférieurs, parfois la totalité de l'urètre (à un stade très avancé), le transformant en un tube

rigide jusqu'à la vessie qu'il peut infiltrer. Il peut aussi infiltrer toute la cloison uréthro-vaginale, déborder le méat et envahir le vestibule. Si macroscopiquement, il est difficile d'établir l'origine de la tumeur, c'est-à-dire savoir si l'on a affaire à un épithélioma de l'urètre proprement dit ou à un épithélioma vulvo-urétral ; microscopiquement, la difficulté n'est pas toujours vaincue. Cependant, c'est de l'examen histologique seul qu'on doit attendre la réponse exacte.

Nous insisterons sur ce fait, car (notre malade fait de l'adenopathie inguinale) si nous devons ajouter foi à la description de PERCY, l'épithélioma urétral proprement dit naîtrait aux dépens de l'épithélioma urétral ou de ses glandes. Seul, il s'étendrait en envahissant les tissus pelviens profonds et spécialement les ganglions inguinaux ; tandis que les cancers vulvo-urétraux nés aux dépens de l'épithélium qui tapisse le pourtour du méat, s'étendraient en surface sur les tissus environnants.

Après avoir rappelé que l'urètre chez la femme présente deux types d'épithélium : cylindro cubique stratifié, *type urinaire* dans la moitié ou ses deux tiers postérieurs et pavimenteux stratifié, en tout semblable à celui du vestibule dans sa moitié ou son tiers antérieur, nous pouvons penser avec KNOLL, WILBERG, etc. . . qu'il est souvent difficile de faire le diagnostic de l'origine d'un néoplasme siégeant au méat. Cette tumeur peut être née aussi bien dans le dernier centimètre de l'urètre pour se propager vers le vestibule et le vagin qu'être né dans la zone juxta-méatique pour envahir le dernier centimètre du canal.

Cependant, il est des cas où d'une façon très précise le laboratoire nous donne l'origine du cancer et l'examen histologique de notre maître M. le Professeur SABRAZÈS après celle de NADAL dans l'observation de VENOT et PARCELIER en est un nouvel exemple.

Ainsi nous appuyant sur la théorie de PERCY, après nos examens microscopiques et macroscopiques, nous croyons

pouvoir affirmer que le cancer dont était atteinte notre malade est un épithélioma primitif de l'urètre, type infiltrant.

EXAMEN HISTOLOGIQUE par NADAL.

(Observation de VENOT et PARCELIER.)

« Tumeur revêtant la forme des cancers épithéliaux du type urinaire, sorte d'épithélioma tubulé très infiltrant et très malin avec innombrables figures de monstruosité cellulaires ou nucléaires. Grave infection profonde. Ilots inflammatoires entre les faisceaux musculaires. »

EXAMEN HISTOLOGIQUE par M. le Professeur SABRAZÈS.

(Observation du service de M. le Prof. DUVERGEY.)

Il s'agit en effet d'un papillome avec des saillies longues coiffées d'un revêtement épithélial à réaction parakératosique plutôt qu'hyperkératosique. Sur l'autre face, on trouve des foyers épithéliaux canaliculés formés par un épithélium pavimenteux à cellules claires vers la lumière et à *cellules cubiques et cylindriques vers l'extérieur*. Au centre de l'îlot, les cellules cornées desquament, c'est un épithélioma papillaire, il n'y a pas de formation de globes cornés. Il y a des foyers assez profonds dans toute la région du chorion et du tissu sous-épithélial de l'urètre ; on a l'impression d'un papillome formant une véritable évagination du côté de la lumière du méat. Il y a une infiltration profonde du chorion et des invaginations sous forme de tubes creux ayant cependant la même structure épithéliale que le revêtement extérieur, mais creusées de cavités kystiques.

Ce sont là des végétations du même ordre que la papillome, mais pénétrantes, évoluant vers un état d'adéno-épithélium.

Le connectif dans lequel plonge ce tissu épithéliomateux est très vascularisé. Il y a beaucoup de lymphocytose autour des foyers.

Pas de métastase dans les ganglions.

Symptomatologie.

Le début du cancer de l'urètre étant insidieux comme dans la plupart des néoplasmes, c'est au stade tumeur seulement qu'il nous est permis d'étudier la symptomatologie de ce mal.

D'abord, les symptômes fonctionnels apparaissent. Ce sont les troubles urinaires, les premiers d'habitude qui attirent l'attention. La femme atteinte ne s'aperçoit quelquefois que d'une légère différence de pression et de volume dans le jet d'urine. Dans notre observation, ce jet ne subissait qu'une déviation. Mais ce ne sont là que des symptômes de début. Bientôt l'évolution de la maladie après une dysurie progressive aboutit à la rétention et enfin à son stade ultime : l'incontinence, liée à la destruction du sphincter. Alors ce sont tous les accidents qui accompagnent cet état qu'il faut redouter. Nous citerons le plus important, l'infection, qui vient jouer un rôle considérable dans l'altération de l'état général déjà mauvais.

Bien que certaines malades se soient plaintes au début de leur état de douleurs quelquefois violentes, le fait est relativement rare. Toutefois nous ne devons pas ignorer qu'un polype de l'urètre peut être cause de troubles douloureux souvent intenses. En général la douleur est le grand symptôme d'un cancer de l'urètre avancé. Sa localisation, et mieux, son irradiation est caractéristique. Violentes et spontanées, elles s'irradient dans les cuisses et les lombes. Certaines malades ont peur d'uriner et se retiennent plusieurs heures. SYMPSON rapporte qu'une femme atteinte d'un

cancer de l'urètre s'éloignait de chez elle afin de n'être pas dérangée dans ses gémissements et ses cris.

Les hémorragies font partie des principaux et quelquefois précoces symptômes de la maladie : urétrorragies que les femmes ont tendance à confondre avec des métrorragies. Ces hémorragies « peuvent constituer un symptôme initial et prédominant comme chez la malade de KNOLL qui eut comme signe révélateur une hémorragie avec de gros caillots qui dura deux jours. De ces hémorragies on peut rapprocher les écoulements ichoreux, mal odorants que souvent aussi les patientes ont rapporté, à tort, à une affection de l'appareil génital. » Nous devons toutefois attirer l'attention sur ce fait que c'est là un symptôme appartenant surtout au cancer primitif de l'urètre, type ulcéreux.

Les signes physiques à la période d'état sont divers. En général, comme dans notre observation, la tumeur siège au niveau du méat urétral et est largement implantée sur les deux tiers inférieurs de sa circonférence. Elle est bosselée, mamelonnée, muriforme, rosée, blanchâtre par endroit. Quelquefois légèrement ulcérée à sa partie supérieure, elle atteint la dimension d'une noisette ou d'une noix. A la palpation, la tumeur est dure et cette induration se prolonge plus ou moins sur la cloison uréthro-vaginale. Si ces signes ou les plus caractéristiques d'entre eux manquent, on peut se servir de la bougie à boule. Le retrait de celle-ci suivi de saignements doit nous mettre en garde. L'examen microscopique qui au début pourra nous donner des renseignements précieux, ne nous sera d'aucun secours dans les cas avancés à cause de la dureté du canal et des hémorragies.

L'adénopathie inguinale accompagne quelquefois le cancer primitif de l'urètre chez la femme et quoique plusieurs auteurs aient prétendu que ce n'était là qu'une complication tardive, il y a des cas (notre observation) où l'infection ganglionnaire apparut dès le début de la maladie.

Enfin, « l'état général dans la majorité des cas n'est affecté que lorsque les lésions locales sont déjà fort étendues » et « tout à fait exceptionnelle est l'observation de B. WHITEHOUSE où, bien qu'il s'agisse d'un cancer de l'urètre très limité, l'état général était si mauvais qu'il contre-indiquait toute intervention et qu'une simple biopsie fut suivie d'un shock marqué et d'élévation de température. »

Diagnostic.

Nous ne passerons pas en revue dans ce chapitre toutes les affections qu'on peut confondre théoriquement avec le cancer de l'urètre chez la femme. Une grande partie de ce travail serait sans intérêt pratique.

Nous dirons tout d'abord que la blennorragie peut être une cause assez importante d'erreur, mais ayant déjà insisté sur ce fait dans la symptomatologie, nous n'y reviendrons pas ici, si ce n'est pour dire que le laboratoire nous renseignera immédiatement sur l'origine de l'écoulement.

Quant aux ulcérations tuberculeuses, quelquefois incriminées, elles se reconnaîtront à leurs bases violacées et déchiquetées, à leur fonds granuleux. Les antécédents du malade, d'ailleurs, suffiront pour nous guider.

Enfin les polypes en voie de dégénérescence et le chancre syphilitique sont les principaux pièges dont il faudra se méfier. Nous nous contenterons de citer, à ce sujet, quelques lignes d'une exactitude remarquable tirées du travail de VENOT et PARCELIER: « On ne peut être absolument certain de la nature bénigne d'un polype de l'urètre que lorsque l'examen histologique en a été pratiqué et encore il faut rappeler les difficultés d'interprétation auxquelles on se heurte lorsqu'il s'agit d'apprécier la transformation maligne d'un adénome en adéno-carcinome. En dehors de ces cas, on peut dire que le cancer de l'urètre a dans l'immense majorité des cas, une physionomie assez nette pour que la confusion avec une autre affection soit facilement évitable. Une seule réserve est à faire et là comme en beaucoup d'autres points de l'organisme, c'est vis-à-vis de la syphilis.

Nombre d'auteurs, MAC MURTRY, en particulier, insistent sur ce fait, et cette confusion est rendue facile en particulier, par l'absence fréquente ou en tout cas tardive, de l'adénopathie inguinale dans les néoplasmes de l'urètre. Elle est d'autant plus difficilement inévitable que la malade est une syphilitique avérée. Mais, ce sur quoi nous voulons insister c'est que dans ces cas difficiles, *« ce qu'il faut faire, c'est une biopsie, ce qu'il ne faut pas faire, c'est le traitement d'épreuve. »*

Pronostic.

Le pronostic de l'épithélioma primitif de l'urètre est grave. Abandonné à lui-même, il continue à évoluer et même assez rapidement à la mort. Ce pronostic est d'autant plus sombre que ce cancer paraît avoir une évolution très rapide. Nous basant sur « toutes les observations où elle a pu être suivie de bout en bout, elle a rarement dépassé un an. » D'ailleurs certains auteurs et J. BRETTAUER en particulier, prétendent que c'est là le cancer le plus malin de tous.

Cependant, nous pensons qu'une intervention chirurgicale survenant à temps, non seulement peut améliorer ce pronostic, mais peut le rendre favorable. Malheureusement, les malades ne se présentent au chirurgien qu'à un stade avancé de l'infection, et c'est, sans nul doute, à cette cause surtout qu'il faut rattacher nombre d'insuccès opératoires.

Traitement.

Avant d'entrer dans la question du traitement qui s'impose en présence d'un épithélioma de l'urètre, nous devons et tenons essentiellement à consacrer quelques lignes au traitement des polypes de cette région. Avec VENOT et PARCELIER nous insisterons sur ce fait qu'il ne faut traiter un polype de l'urètre ni par thermo-cautérisation, ni par cautérisation. Toute intervention (arrachement, section) qui laisse en place la base d'insertion du polype au bord du méat ou dans l'urètre doit être tenue pour insuffisante. La dégénérescence maligne de certains polypes de l'urètre et les causes de cette dégénérescence sur lesquelles nous avons déjà insisté plus loin (Etiologie) sont des raisons suffisantes pour nous permettre de conseiller une intervention chirurgicale qu'on pourrait regarder pour ainsi dire comme un traitement préventif du cancer de l'urètre chez la femme. « Comme cette base est toujours méatique ou juxta méatique l'opération la plus rationnelle semble être celle qui consiste dans la résection du méat avec un centimètre d'urètre environ, suivi de réimplantation de l'urètre au niveau du vestibule.

Le cancer une fois rétabli, à quel traitement aurons-nous recours ? Jusqu'à ce jour, on a pu diviser les traitements en palliatifs et curatifs.

Des premiers, nous n'en parlerons pas ; comprenant la dilatation, le curettage, et la cystostomie, il n'en faut attendre aucun résultat, étant donné la malignité du néoplasme urétral.

Quant aux traitements curatifs, ils sont de deux sortes : le traitement sanglant chirurgical et le traitement par les agents physiques (radium mésothorium...)

Le traitement chirurgical sur lequel nous insisterons

spécialement étant donné son importance dans notre thèse, se divise en deux opérations bien distinctes :

1° La résection partielle de l'urètre ;

2° La résection totale avec, en général, sacrifice du col vésical et du sphincter.

Nous ne donnerons pas la technique opératoire de la résection totale, ce qui est inutile ici ; nous nous y arrêtons seulement pour mettre en garde contre sa généralisation systématique et pour en rappeler un inconvénient important. Cette intervention, avec tous ces différents modes opératoires (symphyséotomie, section du pubis, etc...), alors même qu'elle réussisse, occasionne presque toujours une triste infirmité : l'incontinence d'urine, et nous ne devons pas oublier qu'il s'agit ici de femmes quelquefois jeunes encore. Il est évident qu'en présence d'un cancer ayant déjà infecté tout le canal urétral, il n'y a pas à hésiter ; mais nous tenons à démontrer qu'il y a des cas où l'on peut se contenter d'une résection partielle. La résection partielle est l'intervention que pratiqua M. le Professeur DUVERGEY sur sa malade dont l'observation suit. Déjà conseillée par RIBERI et MELCHIORI dont les deux procédés ne diffèrent que par la position donnée au malade, elle fut décrite très exactement par LEGUEU et DUVAL en 1903 dans les *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*.

La résection partielle n'abîmant pas les parties génitales de la femme et assurant presque toujours une continence absolue est celle qui nous semble la plus rationnelle chaque fois qu'on sera en présence d'un néoplasme n'intéressant que la partie antérieure de l'urètre. Mais nous devons ajouter que cette intervention n'aura toute sa valeur que si elle est accompagnée de l'ablation des ganglions inguinaux. « Il est permis de penser, avec RIES, que cette extirpation devrait être pratiquée systématiquement, comme dans tout cancer, d'autant plus que le pronostic opératoire n'en paraît pas aggravé et que la récurrence peut se faire au niveau des ganglions. »

OBSERVATION IV (Résumée).

J. F. PERCY.

Mrs C. P..., trente-huit ans, mère d'un enfant. Consulte plusieurs médecins pour brûlures à la miction, douleurs, etc. Après diagnostic d'un polype de l'urètre, elle subit d'abord une cautérisation au nitrate d'argent ; puis plus tard, PERCY lui arrache la tumeur par torsion. Au bout de trois mois, la malade revient portant à droite une adénopathie inguinale néoplasique profonde. La cachexie est évidente. La malade meurt cinq mois et demi après l'intervention.

Nous mettrons en garde contre les rétrécissements qui peuvent survenir à la suite de la résection de l'urètre et nous conseillerons de faire subir à l'opérée quelques dilatactions urétrales postopératoires, comme l'indique le Professeur DUVERGEY.

Enfin, au cas où quelques temps après l'intervention, on aurait des raisons pour craindre une récurrence, on pourrait alors faire appel à la radiumthérapie ; l'observation de LEGUEU et CHÉRON est tout à fait remarquable au point de vue guérison ; mais la période expérimentale dans laquelle nous sommes en matière de curiethérapie ne nous permet pas de conseiller ce genre de traitement quand nous pouvons compter sur la réussite d'une intervention chirurgicale.

OBSERVATION V (Résumée).

LEGUEU et CHERON.

Jeune fille de vingt huit ans. En juin 1909, apparition d'une petite induration au niveau du méat ; diagnostic : néoplasme. Au bout d'un an, la jeune fille est vue par LEGUEU dans un état lamentable, très amaigrie, urinant à chaque instant. L'induration cancéreuse se poursuit jusqu'au col de la vessie et intéresse les petites lèvres. Après plusieurs applications d'un tube contenant 5 cg. de radium, la malade est

dans un état florissant de santé, mais souffre d'une incontenance d'urine absolue. Cette guérison fut contrôlée par l'examen anatomo-pathologique « un grand nombre de coupes pratiquées au niveau du vagin, des restes de l'urètre et de la cloison uréthro-vaginale, aussi bien que dans les ganglions pelviens et inguinaux n'ayant montré la présence d'aucun élément cancéreux. »

OBSERVATION (personnelle) et TECHNIQUE OPÉRATOIRE (Service de M. le Professeur DUVERGEY.)

M^{me} M. B..., prostituée, quarante-cinq ans, entrée à l'hôpital, parce qu'elle est atteinte d'une petite tumeur au niveau du méat urinaire.

Antécédents personnels. — Jaunisse à 9 ans. N'a jamais eu d'autre maladie jusqu'à l'apparition de ses premières règles qui eut lieu à 16 ans. Réglée régulièrement depuis, mais elle perd beaucoup pendant 3, 4 jours, quelquefois un peu moins. Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

Vers l'âge de 30 ans, a eu des pertes jaunes tachant le linge, que la malade traitait par des injections vaginales au permanganate ou au sublimé. Ces pertes disparaissaient rapidement, mais revenaient. Cependant, elle n'a jamais eu de brûlures au niveau du canal urétral en urinant. La malade dit avoir eu un chancre mou vulvaire, il y a 10 ans, qui a duré trois semaines et s'était accompagné d'un ganglion inguinal droit.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts dans la même année, alors que la malade n'avait qu'un an et demi. La mère serait morte tuberculeuse. Sœur très anémique.

Histoire de la maladie.

Au mois de Février 1922, la malade dit avoir souffert de son canal urétral, douleur peu vive et n'existant qu'à la pression. Cependant la douleur se manifestait vivement dans la station debout et la marche. Vers la fin de ce mois de février, la malade s'est aperçue d'une petite tumeur grosse comme un gros pois, reliée au bord inférieur du méat urinaire par un

pédicule. Le tout était très rouge. Au bout d'un mois, la malade dit que tout était rentré dans l'ordre.

Peu de temps après, la malade s'est aperçue qu'il existait toujours une tumeur, grosse comme une noisette, à l'entrée du méat — tumeur largement implantée et qui saignait après des attouchements répétés.

La guérison ne survenant pas malgré les remèdes conseillés par un pharmacien, la malade se décide à voir un médecin au dispensaire du cours de l'Argonne, qui lui conseille d'entrer à l'hôpital.

Examen le 3 Mai 1922.

SIGNES FONCTIONNELS.

Douleur. — Peu vive comme tiraillement à l'entrée de l'urètre, un peu augmentée par la pression au niveau de la tumeur. Pas de douleur à la miction. Mais le coït est rendu difficile et douloureux par l'existence de la tumeur qui surplombe et diminue l'entrée du vagin.

La douleur ne semble pas augmentée par la marche et la station debout.

Mictions. — Normales comme fréquence. La miction ne semble pas se faire avec difficulté, le jet se faisant quelquefois un peu de travers et la malade se mouille.

SIGNES PHYSIQUES.

Inspection. — A l'entrée du méat urinaire, sur la paroi postérieure du méat et s'étendant légèrement sur les bords latéraux, on constate l'existence d'une tumeur de 1 centimètre et demi de diamètre environ, occupant tout l'espace compris entre le méat et l'orifice vaginal.

Cette tumeur a un aspect irrégulier, mûriforme, divisé en petits lobes inégaux.

Elle a une coloration rosée, assez pâle, mais est plus rouge à l'entrée du méat. Il n'y a pas d'ulcérations visibles à la surface.

Palpation. — Fait sentir que la tumeur est d'une consistance dure et fait sentir, aussi, les irrégularités. Elle est largement implantée par sa base.

Elle se prolonge légèrement dans la paroi autour du vagin et par le toucher vaginal, on sent une induration du premier centimètre de l'urètre qui reprend ensuite toute sa souplesse normale. La tumeur ne saigne pas facilement sous l'influence de la palpation.

L'examen des régions inguino-crurales montrent l'existence de ganglions durs, plus ou moins volumineux, mais en plus grand nombre à droite.

Le toucher vaginal ne révèle rien de particulier du côté du col utérin, ni des culs-de-sac.

Signes généraux.

L'état général de la malade est très satisfaisant et l'examen des autres appareils ne révèle rien de particulier.

A signaler seulement une tendance particulière de la malade à porter ses doigts au niveau de ses organes génitaux.

Opération.

L'intervention chirurgicale ayant été décidée, la malade fut opérée le 10 mai. La patiente subit d'abord, dans la salle d'opération, une injection de 7 centimètres cubes de Syncaïne au cinquième, entre la deuxième et la troisième lombaire. Nous insisterons sur ce mode d'anesthésie, car elle nous a permis de pratiquer les deux temps de l'opération dans une seule séance, sans aucun incident, et de ne pas soumettre notre malade à la grande fatigue qu'occasionne toujours une anesthésie générale.

L'anesthésie, une fois réalisée, M. le Professeur Duvergey pratiqua, d'abord, l'ablation bilatérale des ganglions inguinaux ; puis la malade est placée dans la position gynécologique. Sa vessie est vidée ; l'urètre et le vagin sont désinfectés⁽¹⁾. Une incision concave en arrière est menée d'un côté à l'autre à égale distance du clitoris et du méat urinaire.

(1) Désinfection à l'essence de gomenol.

L'urètre dégagé sur sa partie supérieure est fendu longitudinalement afin de vérifier l'extension de la lésion. Puis « le méat est circonscrit par une ellipse antéro-postérieure et une queue médiane la prolongeant jusqu'à un centimètre environ du col de la vessie. » L'urètre après avoir été complètement dégagé est tiré en avant. Deux fils sont placés en avant de la portion qui doit disparaître afin d'empêcher le retrait de l'organe vers la vessie, au moment de la section. Enfin, l'urètre est sectionné.

Après une hémostase qui doit toujours être très soignée, l'urètre est suturé à la vulve. Une sonde de Pezzer est mise à demeure.

La malade quitte l'hôpital, le 14 juin, complètement guérie ; mais avec le conseil de revenir pour y subir quelques dilatations devant prévenir un rétrécissement possible. Continence parfaite.

Quelques observations à l'appui de notre thèse ayant déjà été publiées, nous rapportons ici toutes celles que nous avons pu réunir.

OBSERVATION VI

O. BOSSE (In VENOT et PARCELIER).

Rosalie R..., cinquante-sept ans, huit grossesses. Il y a six mois, a remarqué que son urine était mélangée de sang. Il y a trois mois douleurs à la miction et la malade constate à ce moment-là, la présence d'une petite grosseur à la vulve. Depuis six semaines environ, fréquentes et violentes envies d'uriner, le dernier jet étant fréquemment mélangé à du sang frais. Emboupoint moyen, anémie assez marquée. Le méat urinaire est entouré par une tumeur proéminente, grosse comme une noix, déchiquetée en forme de chou-fleur, qui s'insinue dans le vestibule de la vulve en haut, jusqu'à 2 centimètres en avant du clitoris, latéralement, jusqu'à 1 centimètre 5 des petites lèvres. Cette tumeur est ulcérée près de sa base, sa superficie saigne un peu. La palpation n'est pas dou-

loureuse. Le méat est situé au milieu de la tumeur, vers la droite et au-dessous de son centre, ganglions inguinaux des deux côtés non infiltrés. Opération, le 5 mars 1897. Incision circulaire en tissus sains, à 1 centimètre de la tumeur. Excision du pédicule. Suture de l'urètre sectionné à la muqueuse vaginale. Sonde à demeure. Le 11 mars, ablation de la sonde, le 18, guérison complète, continence parfaite. Au microscope : carcinome typique.

OBSERVATION VII

RICHET (In VENOT et PARCELIER).

M^{me} X. . . , soixante-quatre ans. Depuis six mois, douleur à la miction et depuis deux mois, hémorragie rapportée à une origine génitale. A l'examen, tout autour de l'urètre, mais surtout à gauche et en haut ulcération à bords indurés, saignant au moindre contact, à surface granuleuse semblant se prolonger sur la muqueuse urétrale. La palpation du canal faite sur une sonde, permet de reconnaître que l'induration ne dépassait pas 1 centimètre 5, à partir du méat urinaire. Pas de rétention d'urine. Extirpation de la tumeur. Guérison. La malade, revue cinq mois après, a le jet d'urine légèrement dévié en arrière, mais il n'existe pas de rétrécissement.

Examen microscopique (Brault) très détaillé. — Epithélioma pavimenteux.

OBSERVATION VIII

WICHMANN (In VENOT et PARCELIER).

Femme, quarante-trois ans, douze grossesses, vient consulter pour adénite inguinale cancéreuse double. Induration annulaire inégale du méat se continuant dans la partie supérieure de la vulve sans intéresser la muqueuse. Excision de la tumeur avec les trois quarts de l'urètre et des deux adénites. Guérison avec continence. Carcinome vulvo-urétral.

OBSERVATION IX

BOURSIER (In VENOT et PARCELIER).

Madeleine V..., soixante-neuf ans, six grossesses. Il y a un an, sensation de brûlure en urinant, qui devient de plus en plus marquée. Il y a deux mois (juillet 1900), elle s'aperçoit de la présence, au niveau du méat, d'une petite tumeur de la grosseur d'un poids. Elle est très douloureuse au toucher. Ses urines prennent une teinte rougeâtre, elle a beaucoup maigri, perdu l'appétit et ses forces.

A l'examen de la vulve, entre les petites lèvres, tumeur grosse comme une noisette, rouge, dure, adhérente, non saignante et non ulcérée. Elle entoure comme d'un anneau, l'orifice urétral qui est visible au centre du néoplasme et présente une forme étoilée. Cathétérisme facile. Le toucher vaginal montre que la tumeur n'a pas dépassé le tiers antérieur de l'urètre en profondeur. La vulve et le vagin sont sains. Pas d'adénopathie inguinale. Le 5 octobre 1900, extirpation de la tumeur, l'urètre sectionné est suturé à la muqueuse vestibulaire de façon à reconstituer le méat. Sonde à demeure. Suites normales, Continence parfaite. Sort le 20 octobre. L'examen histologique (très détaillé) conclut à un adénome en voie de transformation maligne.

OBSERVATION X

BOURSIER (In VENOT et PARCELIER).

M^{me} D..., cinquante-deux ans, jamais de grossesse. Il y a deux mois, quelques difficultés pour uriner, mictions plus fréquentes et plus douloureuses. Aboutissant, le 21 janvier 1908, à une crise de rétention aiguë complète. Cathétérisme possible seulement avec une petite sonde en gomme, n° 14. Le 23 janvier, nouvelle crise de rétention complète, la malade entre à l'Hôpital du Tondu. L'examen révèle une tumeur très dure, irrégulière, bosselée, absolument immobile et peu dou-

loureuse au contact, entourant complètement le méat urinaire. Elle s'étend en profondeur à la partie inférieure du canal, à 2 centimètres 5 environ. Au delà, les tissus paraissent sains. Latéralement, elle s'étend de 2 à 3 centimètres et paraît aller jusque sur les bords des branches descendantes de l'ischion. L'urine n'a jamais contenu de sang. Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire. Opération, le 29 janvier 1908. Extirpation de la tumeur, l'urètre est sectionné à 2 centimètres du méat. Suture de l'urètre à la muqueuse vaginale. Sonde de Pezzer. Suites normales, la malade ne souffre plus, urine spontanément et sans douleur et ne présente pas d'incontinence.

Examen histologique. — Epithélioma pavimenteux tubulé.

OBSERVATION XI

EHRENDORFER (In VENOT et PARCELIER).

Th..., soixante-deux ans, trois accouchements. Dans la région inguinale droite, on trouve un ganglion lymphatique, à peu près gros comme une orange. Vulve béante, la paroi antérieure du vagin est en partie prolabée à la suite d'une ancienne déchirure du périnée. Autour du méat, dans l'étendue d'une pièce d'or, entre les petites lèvres molles et normales, entre le clitoris sain et le bourelet urétral envahi, seulement à sa partie antérieure, on peut voir une tumeur ulcéreuse sécrétant un exsudat purulent mal coloré et mal lié. Ce néoplasme, semble déchiqueté par la présence à sa surface de nombreuses excroissances mamelonnées. Les bords présentent une infiltration dure, un peu douloureuse s'étendant le long du tiers antérieur de l'urètre en l'embrassant circulairement, ce qu'il était facile de sentir après l'introduction d'un cathéter. Le méat se trouve au milieu de la tumeur, en partie recouvert par des papilles ulcérées. L'urine pouvait être évacuée sans difficulté. Opération, le 21 juillet 1897. Extirpation avec résection de la moitié antérieure de l'urètre environ. Suture

à la muqueuse du vestibule. Sonde à demeure. Sort guérie au bout de trois semaines, urinant normalement. Les ganglions inguinaux ne furent pas enlevés. Au microscope, carcinome à cellules épithéliales pavimenteuses. Un an et demi après, la malade était en bonne santé.

OBSERVATION XII

MELCHIORI (In VENOT et PARCELIER).

Antonia S..., douleur à l'occasion du coït qui l'amène à consulter un chirurgien. Au-dessous de l'orifice urétral, tumeur grosse comme une aveline, à surface rugueuse, dure, bourgeonnante, donnant issue à du pus ichoreux et limitée aux bords par l'urètre et la paroi supérieure du vagin. Par le cathétérisme combiné au toucher vaginal, on voyait nettement que la tumeur ne s'étendait pas au delà de la partie antérieure du canal urétral en embrassant la moitié de sa périphérie. La miction était facile, mais l'urine provoquait une sensation de brûlure au niveau de la tumeur ; utérus et vagin sains ; ganglions non engorgés. Extirpation le 12 avril 1862. Elle est en bonne santé au mois de février 1868.

OBSERVATION XIII

NADAL (In VENOT et PARCELIER).

Amélie C..., soixante-deux ans. Depuis un an, à chaque miction, sensation de chaleur urétrale, sans douleur vraie, un peu plus tard, apparaît un suintement sanguin. La malade remarque la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, soulevant la paroi antérieure du vagin. L'évacuation vésicale nécessite des efforts répétés pour être à peu près complète. Intervention, le 6 novembre 1908. Extirpation de la tumeur et du tiers antérieur de l'urètre. Suites normales.

Examen histologique. — Epithélioma développé aux dépens de l'épithélium de la seconde partie du canal urétral.

OBSERVATION XIV

ORTHMANN (In VENOT et PARCELIER).

Soixante-deux ans, primipare. Depuis deux ans, hémorragies intermittentes. Carcinome périurétral, gros comme une noix. L'urètre passe à travers la tumeur par une petite fente étroite, presque invisible, en son centre. Ablation avec 3 centimètres d'urètre. Guérison avec incontinence passagère. Exéat le quinzième jour. La cicatrisation n'est pas complètement terminée. Continence absolue.

CONCLUSIONS

- 1°) La dégénérescence des polypes de l'urètre chez la femme est la principale cause de l'épithélioma primitif de cet organe comme en témoigne notre observation.
- 2°) En présence d'une tumeur du méat urinaire, il faut toujours faire une biopsie pour être certain du diagnostic.
- 3°) Le traitement d'un polype de l'urètre doit être un traitement primitif du cancer; traitement chirurgical consistant à enlever le polype, sa base et toute la région de son implantation.
- 4°) Le traitement du néoplasme urétral ne doit pas être palliatif; il doit consister en une résection partielle ou totale du canal urétral et à la curiethérapie si ces derniers ne donnent pas satisfaction.
- 5°) La résection partielle doit être préférée à la résection totale quand l'infection cancéreuse n'a pas encore gagné la totalité de l'urètre.
- 6°) On doit toujours pratiquer l'ablation des ganglions inguinaux, d'autant plus que cela n'assombrit pas le pronostic et qu'il peut se faire là une récurrence.
- 7°) Les malades atteintes d'un néoplasme quelconque pouvant être très fatiguées, nous conseillerons dans la résection partielle de l'urètre avec ablation des ganglions inguinaux, la rachianesthésie qui nous a permis de pratiquer les deux temps de l'opération dans la même séance.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

M. DENUCÉ.

VU :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 4^{er} Juillet 1922.

Le Recteur de l'Académie.

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURSIER. — Deux cas de cancer primitif de l'urètre chez la femme. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1908).
- LEFEVRE. — Cancer de l'urètre chez la femme. (Soc. Anat. de Bordeaux, 1906.)
- NADAL. — Epithélioma du tiers inférieur de l'urètre chez la femme. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1909.)
- POUSSON. — Précis des Maladies des Voies Urinaires.
- SERPH. — Le cancer du méat chez la femme. (Thèse de Bordeaux, 1901.)
- TANTON. — Epithélioma primitif de l'urètre chez l'homme et chez la femme. (*Gaz. des Hôpitaux*, Paris 1910.)
- LEGUEU et CHERON. — Guérison par radium-thérapie d'un cancer urétro-vaginal inopérable. (*Journal d'Urologie*, 1914).
- LEGUEU et DUVAL. — L'ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrotomie vaginale. (*Ann. des maladies génito-urinaires*, 1903).
- JACQUARD. — Contribution à l'étude du traitement du cancer primitif de l'urètre chez la femme. (Thèse de Lyon, 1910-1911).
- PALAIS. — Du cancer primitif de l'urètre chez la femme et de son traitement par la résection totale de l'urètre. (Thèse de Lyon, 1911-1912).
- LEGUEU (Félix). — Traité chirurgical d'urologie, 1910.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.
- ALBARRAU. — Médecine opératoire des voies urinaires.
- AUVRAY. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. (Soc. Anat. de Paris, 1904).
- MAC MURTRY. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. (*Ann. of Surg.*, 1908).
- WASSERMANN. — Epithélioma primitif de l'urètre. (Thèse de Paris, 1895).
- ZEITLER. — Cancer primitif de l'urètre chez la femme. (*Mang. dess Würtzburg*, 1900).

BROOTHERS. — Deux cas de cancer primitif de l'urètre chez la femme. (*The Ann. Journal of Obst.*, 1902).

CONDAMINE. — Epithélioma du méat urinaire et de l'urètre antérieur traité par le radium : résultat après 18 mois. (*Lyon Chirurgical*, 1921).

O'NEIL (R. F.). — Primary carcinoma in the male and female urethre. (*Journ. Urol.*, Balt., 1921).

VENOT et PARCELIER. — Le cancer de l'urètre chez la femme. (*Revue de Chirurgie*, 1921).

DUVERGEY. — Des tumeurs polypôides du méat urinaire chez la femme. (Thèse de Bordeaux, 1902).

